

PREVACCINATION QUESTIONNAIRE : 1st injection
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1re INJECTION

Last Name/ Nom: **Date of the first injection/ Date RDV 1re injection:**/...../.....

Maiden Name/ Nom de jeune fille: **Time of the first injection/ Heure RDV 1re injection :**

First Name/ Prénom:

Date of birth/ Date de naissance:/...../.....

Mobile phone/ N° de téléphone:

Your age/ Votre âge :

Do you have a chronic disease? **Yes** **No**
Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non

Are you a healthcare professional? **Yes** **No**
Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

• Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? **Yes** **No**
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non

• Have you received any vaccine in the last 14 days? **Yes** **No**
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non

• Have you had a viral infection in the last 14 days (cold, bronchitis, gastroenteritis)? **Yes** **No**
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

• Have you ever had an allergic reaction to laxatives? **Yes** **No**
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non

• Have you ever had an allergic reaction to any vaccine? **Yes** **No**
Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non

• Have you ever had an allergic reaction to an injectable medication? **Yes** **No**
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non

• Have you ever had an allergic reaction to an unidentified medication? **Yes** **No**
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non

• Have you ever had a severe allergic reaction to something (requiring adrenaline injection)? **Yes** **No**
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non

• Do you have multiple allergies (food, medication)? **Yes** **No**
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non

• Are you pregnant? **Yes** **No**
Êtes-vous enceinte (to your knowledge)? Oui Non

• Are you breastfeeding? **Yes** **No**
Allaitiez-vous? Oui Non

• Are you taking blood thinners? **Yes** **No**
Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non

• Have you ever had Covid-19? **Yes, less than 3 months ago** **Yes, more than 3 months ago** **No**
Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non
Avez-vous eu la COVID ?

Date/ Date:

Signature of recipient/ Signature:

TO BE FILLED OUT BY THE PRODESSIONALS OF THE VACCINATION
CENTRE/ NE PAS REMPLIR, CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DU CENTRE DE VACCINATION

P : W ZRPF NSP
CE : Oui Non
CI : Oui Non
AC : Oui Non
IA : Oui IAIC Non
DR : Oui NN Non
HV : ___ h ___ T° TA fc fpo2
HSZS : +15 " +30 "
SI :

Date of second injection/ Date
RDV 2e injection :/...../.....